

# Frågeformulär inför lasebehandling

sid 1/2

För- och efternamn \_\_\_\_\_

Personnummer \_\_\_\_\_ Telefonnr: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Vad har du för yrke? \_\_\_\_\_

Vad har du för fritidsintresse? \_\_\_\_\_

Har du haft någon ögonsjukdom?  Ja  Nej

Om ja, vilken? \_\_\_\_\_

Har du skelningsproblem?  Ja  Nej

Om ja, var är detta behandlat? \_\_\_\_\_

Hur gammal var du när du började använda glasögon? \_\_\_\_\_

Om du använder kontaktlinser, hur gammal var du när du började? \_\_\_\_\_

Har du haft kontaktlinsproblem?

Om ja, vilken? \_\_\_\_\_

Har du tvingats byta glasögon/kontaktlinser under de senaste 2 åren pga ändrad syn?  
\_\_\_\_\_

Hur fick du höra talas om CityAkuten Nya Ögon?

 Dagspress  Radio  Rekommendationer www.cityakuten.se  Facebook  Besökt CityAkuten tidigare

Varför vill du laserbehandla dig

 Yrkesskäl  Sport  Kontaktlinsproblem  Annat

## Frågeformulär inför laserbehandling (sid 2/2)

### Sjukdomshistoria och hälsotillstånd

Har du...

Astma eller andningsbesvär?  Ja  Nej

Gallbesvär?  Ja  Nej

Nedsatt lever- och/eller njursjukdom?  Ja  Nej

Hjärtbesvär?  Ja  Nej

Mag-och/eller tarmbesvär?  Ja  Nej

Andra sjukdommar eller besvär? \_\_\_\_\_

Använder du några mediciner regelbundet?  Ja  Nej

Om ja, ange dessa \_\_\_\_\_

Är du allergisk/överkänslig mot något?  Ja  Nej

Om jag, ange mot vad? \_\_\_\_\_

Är du gravid?  Ja  Nej

Ammar du?  Ja  Nej

Tack för hjälpen!